

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

153

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul, Félix, Hubert MARTIN

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Décembre 1912, à CUSSET (Allier)

À propos
d'un cas de volvulus aigu
du cæcum avec gangrène

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul, Félix, Hubert MARTIN

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Décembre 1912, à CUSSET (Allier)

A propos d'un cas de volvulus aigu du cæcum avec gangrène

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Physiologie	MONDOK.
Physique médicale.	LEROUX.
Chimie médicale.	CHAMPY.
Bactériologie.	TIFFENEAU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	AUBERTIN.
Pathologie et thérapeutique générales	TANON.
Pathologie médicale.	BALTHAZARD. LEVY-VALENSI. Henri BENARD. CHIRAY. ABRAMI. FIESSINGER. LOEPER. RATHERY. LEREBoullet. NOBECOURT. LAIGNEL- LAVASTINE.
Pathologie chirurgicale.	GOUFFROT.
Anatomie pathologique.	GUILLAIN.
Histologie.	LEMIERRE.
Pharmacologie et matière médicale.	CUNEO.
Thérapeutique.	GOSSET.
Hygiène et médecine préventive	GREGOIRE.
Médecine légale	LENORMANT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	VELTER.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHEVASSU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	COUVELAIRE.
Clinique médicale.	JEANNIN.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEVY-SOLAL.
Clinique des maladies des enfants	MOCQUOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	OMBREDANNE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	HARVIER.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMAITRE.
Clinique des maladies infectieuses	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale.	VILLARET.
Clinique ophtalmologique	TROISIEP.
Clinique urologique	MATHIEU.
Clinique d'accouchements.	LAUBRY.
Clinique gynécologique.	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N... HAZARD.
Clinique thérapeutique médicale	MULON.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	OLIVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SANNIE.
Clinique propédeutique.	VERNE.
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BERNARD EL. Pathologie médicale.	DIGONNET . . . Obstétrique.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER Chimie.	FUNK.
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET Pathologie médicale.	GALLIAR Parasitologie.
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.
CACHERA Pathologie médicale.	Mlle GAUTHIER.
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique.
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
COUVELAIRE (H.) Urologie.	DE GENNES Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{me} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PÉTIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLE ^v	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU	
LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	} Clinique obstétricale
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

*A qui je dois tant.
Bien modeste témoignage de reconnaissance.*

A MES FRERES

En remerciement de leur dévouement.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CLERC.

MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

MONSIEUR LE DOCTEUR OBERLIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. RAVINA.

•

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GREPINET

*Qui nous a fourni le sujet de cette
thèse et nous a guidé de son expérience
et de ses conseils.*

Les torsions d'organes tiennent dans la pathologie abdominale une place importante. En effet, il n'est pas d'organe qui ne puisse, dans certaines conditions, subir des déplacements plus ou moins accentués donnant lieu à des accidents mécaniques de gravité variable.

Ceux-ci peuvent se ramener à deux grands types :

1° Des déplacements vers le bas représentés dans leurs formes les plus fréquentes par la ptose de l'estomac, la ptose du tube digestif, les reins mobiles.

2° Des torsions suivant un axe, torsions comparables à celles d'un kyste de l'ovaire sur son pédicule, et qui réalisent un véritable « étranglement rotatoire » de l'intestin.

De ces deux formes, les torsions, par l'allure dramatique de leur tableau clinique, la gravité de leur pronostic, leur urgence thérapeutique sont de beaucoup les plus intéressantes. Elles sont dues à une mobilité anormale d'une partie du tube digestif, liée à une insuffisance ou une absence d'accolement du méso. C'est dire qu'elles pourront siéger sur une partie quelconque de l'intestin.

Si le volvulus du sigmoïde, par sa fréquence (50 % des volvulus) est le plus connu cliniquement, il n'est cependant pas le seul, et il nous a paru intéressant de rapporter ici, en raison de sa gravité et de sa rareté,

un cas de volvulus du cæcum. Cette grande rareté, souvent liée à une symptomatologie fruste et trompeuse en rend parfois le diagnostic délicat. On pose l'indication opératoire d'urgence et bien souvent ce n'est qu'à l'intervention que l'on découvrira la cause de ce syndrome aigu de l'abdomen.

OBSERVATION

M. D... Jean, 58 ans, domicilié à Allons, est amené d'urgence à la clinique de M. le Docteur Grépinet, à Marmande, le 2 novembre 1938, vers 13 heures, par son médecin traitant, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Le début de ce syndrome a eu lieu dans le cours de la nuit précédente, vers 20 heures, marqué par l'apparition brusque de douleurs abdominales à type de coliques, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Le médecin appelé à ce moment n'a prescrit qu'une thérapeutique symptomatique, mais, revenu le lendemain matin à 9 h., il constate qu'il existe une contracture pariétale de la fosse iliaque droite avec maximum douloureux dans la zone du point de Mac Burney. Il pose le diagnostic d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

M. D... est un homme fatigué, paraissant plus que son âge. C'est un éthylique avéré et il présente, à la suite d'un refroidissement récent, une poussée de bronchite aiguë. Il n'avait jamais souffert du ventre, ses selles ont toujours été régulières.

Il accuse une douleur vive dans la fosse iliaque droite, fixe, permanente et indique spontanément avec la main la région appendiculaire. Il a, en outre, présenté plusieurs vomissements alimentaires.

A l'examen : l'abdomen est plat, ne présente aucune voussure localisée et ne respire pas; la partie gauche de la paroi se laisse assez bien déprimer à la palpation; à droite, au contraire, existe une contracture qui est maxima dans la fosse iliaque. A ce niveau, en effet, au clas-

sique point de Mac Burney en particulier, la douleur provoquée est très vive et la paroi est de bois. Cette douleur est augmentée par la pression à gauche sur le côlon. La matité hépatique est conservée.

Le toucher rectal montre que le Douglas est souple et ne provoque pas de douleur.

La température est à 40°, le pouls à 120, petit. La langue est très saburrale, mais un peu sèche.

En présence de ce syndrome, le docteur Grépinet pose également le diagnostic d'appendicite aiguë grave, avec réaction péritonéale et décide d'opérer immédiatement, sous anesthésie locale, étant donné l'état pulmonaire du malade.

Incision iliaque droite, dissociation des muscles petit oblique et transverse. Dès l'ouverture du péritoine s'écoule un liquide louche assez abondant. Sous l'influence de la poussée abdominale, les anses grêles font issue à travers la plaie; elles sont saines, on les refoule dans le ventre à la recherche du cæcum et de l'appendice. L'exploration de la fosse iliaque au travers de l'incision montre qu'elle est vide et ne contient pas le cæcum.

On doit, à ce moment, recourir à l'anesthésie générale du malade, car il gémit, pousse et gêne considérablement l'opérateur. On agrandit alors l'incision vers le haut et le doigt introduit dans la cavité péritonéale perçoit, par-dessus le côlon ascendant, une masse de consistance élastique, sorte de poche gazeuse que l'on reconnaît être le cæcum. Le doigt, par un mouvement de bascule, le ramène aisément dans la plaie : son pôle inféro-externe est complètement gangréné, noir, très aminci, sur la surface d'une paume de main.

L'appendice sain est laissé en place; le cæcum est largement extériorisé et suturé avec soin au péritoine pariétal; une mèche iodoformée est interposée entre le cæcum sphacélé et les lèvres de la plaie.

Les suites immédiates de l'intervention sont bonnes, la température s'abaisse, l'état général s'améliore, le ventre s'assouplit.

Au bout de 48 heures, un débridement au galvanocautère permet l'issue des gaz au travers de la paroi cæcale gangrénée qui se flétrit et s'élimine au bout de 7 à 8 jours, faisant place à une large fistule par où passe la quasi totalité des matières.

L'état général de l'opéré reste, malgré tout, médiocre. L'examen révèle des foyers de congestion pulmonaire subaiguë tenace. Un examen radiologique pratiqué plusieurs mois plus tard montrera des lésions diffuses de tuberculose fibreuse.

La température reste pendant 3 semaines aux environs de 38°5, puis s'abaisse lentement pour redevenir normale.

La fistule cæcale fonctionne pratiquement comme un anus à dérivation totale. Le malade ne présente que de loin en loin une selle par l'anus.

Au début de janvier 1939, son état général s'est sensiblement amélioré.

Le 10 janvier 1939, le docteur Grépinet pratique, sous anesthésie locale, une iléo-transversostomie termino-latérale.

Les suites post-opératoires sont favorables. L'issue des matières par la fistule cæcale cesse dès le surlendemain pour ne laisser place qu'à un suintement.

Au bout de quelques jours, on procède au moyen d'un crayon de nitrate d'argent à la cautérisation de la muqueuse cæcale ectropionnée et à l'avivement des bords de la plaie. Celle-ci se cicatrise progressivement. Il ne persiste qu'un pertuis insignifiant au moment où le malade quitte la clinique.

Cette observation nous amène à pratiquer une étude rapide du volvulus du cæcum. Nous verrons successivement :

L'historique ;

L'étiologie ;

L'anatomie pathologique et la pathogénie ;

La symptomatologie ;

Le diagnostic ;

La thérapeutique ;

Et nous en tirerons les conclusions que nous suggère cette étude.

HISTORIQUE

Jusqu'à la fin du siècle dernier, le volvulus du cæcum n'avait pas été individualisé cliniquement. C'est Zæge von Manteuffel qui, le premier, en 1898, attire l'attention sur lui. A la suite de ses travaux, Faltin, en 1903, en Finlande, publie un rapport s'appuyant sur 25 cas personnels et montre que le cas le plus ancien aurait été observé par Rokitsansky, en 1841. Il s'agissait d'un sujet qui, depuis 2 ans, souffrait de crises fréquentes d'iléus et de torsion du gros intestin qui guérissaient spontanément; une dernière crise entraîna la mort.

Puis les premières observations parues en France furent celles de Legueu, Bérard, Frœlich, Mériel et Lecène, auxquelles firent suite 2 mémoires importants : celui de Cavaillon et Delvoye (en 1906) et celui de Guibé (en 1907).

C'est une affection qui semble relativement fréquente dans certains pays : Pays baltes, Finlande et Pays scandinaves surtout, à tel point que Faltin, en Finlande, peut, en 5 ans, de 1897 à 1902, rassembler 28 cas de volvulus du cæcum ; chiffre énorme qui correspond au tiers des cas actuellement parus. Le mémoire de Sargent dans *Annals of Surgery*, comportait 37 cas nouveaux.

Ailleurs c'est une affection rare. Guibé, sur 471 occlusions par volvulus, ne compte que 10 % de volvulus du cæcum, contre 50 % de torsion du côlon pelvien.

En France, l'affection paraît exceptionnelle. Lenormant, au Congrès de Chirurgie de Paris de 1910, ne totalise que 14 cas publiés. Ce sont ceux de Legueu (1897), Bérard et Delove (1899), Frœlich (2 cas, 1901), Villard (1904), Mériel (1906), Monnier (1909), Delagenière (2 cas, 1909), Lecène (1910), Lapeyre (2 cas, 1910), Lagoutte (1910), Lenormant (1910).

Quoi qu'il en soit le nombre total de cas publiés reste minime. En 1914, Bundschuch fixait le total à 110. En 1924, Jacobsen ajoutait 8 cas danois. Le travail de Podlaha, en 1926, réunissait 168 observations.

Plus récemment enfin, à la Société de Chirurgie de Paris, Lenormant rapportait les cas de Hartglass, de Wilmoth, un cas personnel et citait les cas de Brisset, Lagoutte, Viannay, Lapeyre et Chalfaut.

En additionnant les chiffres de Lenormant (1910), Duroux (1912) et les observations récentes, on ne trouve guère plus de 40 observations françaises.

Cette fréquence moindre dans nos pays peut-elle pour une part nous éclairer sur l'étiologie ?

ETIOLOGIE

Il semble, en effet, que certaines races soient plus prédisposées que d'autres. La majorité des cas connus, nous venons de le voir, a été observée en Finlande, en Allemagne, en Angleterre, pays de gros mangeurs et de gros buveurs, alors qu'en France, et surtout dans les pays méridionaux où l'alimentation est plus légère, on ne compte guère que 4 à 5 observations.

Le *sexe* semble jouer un rôle, l'homme étant plus souvent atteint que la femme, dans la proportion de 70 % des cas d'après Faltin.

L'âge intervient également dans une certaine mesure, la majorité des cas se voyant surtout chez des sujets relativement jeunes, pour Faltin surtout entre 17 et 30 ans; pour Sargent un peu plus de la moitié des cas entre 20 et 40 ans.

La profession paraît entrer en ligne de compte comme cause favorisante; le volvulus se voyant surtout chez les gens du peuple, des travailleurs se livrant à des travaux pénibles exigeant de gros efforts musculaires.

Les cas relevés chez l'enfant sont assez rares et peuvent être attribués à des malformations congénitales.

PATHOGÉNIE

Pour se produire, le volvulus du cæcum exige l'association de causes anatomiques nécessaires et pré-existantes de causes favorisantes et occasionnelles. Nous les envisagerons successivement.

CONDITIONS ANATOMIQUES NÉCESSAIRES

Pour que le cæcum puisse se volvuler, il faut qu'il ait une mobilité suffisante. Cette mobilité est variable suivant les individus et dépend uniquement de la disposition du péritoine.

D'après le mémoire d'Ancel et Cavaillon (*Lyon Médical*, 1907), qui ont étudié le processus d'accolement du péritoine cæcal sur 59 fœtus surtout près du terme et chez 17 adultes, on peut décrire 5 types de cæcum.

Premier cas. — Cæcum flottant libre.

Il ne possède aucune attache mésentérique. Son extrémité est recouverte de péritoine de même façon que le cœur est recouvert par le péricarde. Le méso peut descendre plus ou moins bas et laisser libre une portion du cæcum plus ou moins étendue.

Deuxième cas. — Cæcum avec début d'adhérences.

Celles-ci siègent au niveau du bord externe du cæ-

cum qui est fixé ainsi à la paroi par un ligament pariéto-cæcal qui délimite en arrière de lui une fossette plus ou moins nette.

Troisième cas.

Le cæcum est accolé par sa paroi postérieure mais reste libre par son fond. C'est là la disposition classique, celle que l'on retrouve dans la grosse majorité des cas.

Quatrième cas.

Le cæcum est complètement accolé par sa face postérieure et par son fond.

Cinquième cas. -- Cæcum avec un méso plus ou moins long.

Cette dernière disposition apparaît aux auteurs comme secondaire et postérieure à la fixation complète du méso-côlon ascendant. Cette conception va à l'encontre de l'opinion classique qui fait du méso le résultat d'un accolement incomplet.

La première et la cinquième dispositions seules rendent possible la torsion ; il importe donc de savoir quelle est leur fréquence relative. Ancel et Cavaillon arrivent aux résultats suivants :

	FŒTUS	ADULTES
Cæcum flottant	45 %	8,5 %
Fond libre	26 %	43 %
Cæcum fixé	14 %	22 %
Fossette	7 %	18 %
Mésocæcum	3,5 %	8,5 %

On voit donc d'après ce tableau que le cæcum flottant est la disposition fœtale type. Elle peut persister, mais rarement chez l'adulte ; chez celui-ci le cæcum est le plus souvent fixé dans 83 % des cas, soit complètement, soit en conservant son fond libre, soit sans accollement complet, mais fixé tout de même par ses ligaments.

La mobilité extrême du cæcum chez l'enfant explique la fréquence chez lui du volvulus cæcal, plus rare au contraire chez l'adulte comme le prouvent les statistiques de Faltin et de Sargent.

Nous pouvons donc conclure de cela que la disposition la plus favorable au déplacement du cæcum est la persistance du mésocæcum surtout lorsqu'il se continue avec le mésentère.

Causes favorisantes et occasionnelles.

La pathogénie du volvulus du cæcum est des plus obscures. Deux conditions cependant sont nécessaires à sa constitution :

L'existence d'un cæcum mobile ;

L'absence de lésions de cet organe.

Il s'agit le plus souvent, comme nous l'avons déjà vu, de gros buveurs, de gros mangeurs ingérant vite et digérant mal. Ce sont toujours des constipés. Pour ces deux raisons, il se produit au niveau de leur poche cæcale une stase importante et celle-ci n'est pas sans favoriser la torsion de l'intestin, comme l'a prouvé l'expérience de Wandel, qui faisait pénétrer de l'eau sous pression dans le cæcum et produisait ainsi un déplacement important de l'organe.

De plus, dans beaucoup d'observations, on relève comme cause déterminante des crises douloureuses, des efforts violents qui font contracter énergiquement la paroi abdominale. Par contre, on a vu des malades atteints d'une crise aiguë de volvulus le matin au réveil, après avoir passé une bonne nuit.

Enfin, quelquefois, des excès alimentaires ou de boissons ont précédé immédiatement la crise.

Une fois le cæcum tordu, on peut assister à sa détorsion spontanée qui, cliniquement, se traduit par des crises douloureuses successives de moins en moins intenses, aboutissant finalement à une guérison spontanée mais le plus souvent temporaire. Ce fait fut bien décrit par Haussmann. La détorsion se produit souvent au moment où le malade change de position dans son lit, à tel point que certains malades savent l'attitude qu'ils doivent prendre pour atténuer leur douleur ou la faire disparaître.

Si la détorsion ne se fait pas spontanément, l'arrivée continuelle des liquides et des gaz dans le cæcum accentuera la torsion et achèvera progressivement l'occlusion.

Il se forme ainsi une production rapide de stase de gonflement et d'œdème qui porte à la fois sur les tuniques intestinales et sur les mésos et qui enlève toute souplesse aux tissus de telle sorte que la détorsion devient impossible.

Il faut ajouter aux causes de persistance de l'occlusion le fait que le cæcum tordu vient se placer sous les fausses côtes gauches et qu'après s'être distendu

il lui est impossible de repasser sous cet arc rigide.

En résumé, nous voyons donc que, dans un premier temps, le cæcum se tord et que, dans un second temps, soit par suite des lésions déjà constituées du côté du mésentère et de l'intestin, soit par suite de la distension de la paroi cæcale par les matières et les gaz, la torsion, auparavant réductible spontanément, devient définitive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La torsion du cæcum peut se faire autour de différents axes. De plus, elle entraîne avec elle une portion plus ou moins importante de côlon ascendant ou d'iléon. Enfin, elle peut amener, suivant qu'elle est plus ou moins serrée, des troubles circulatoires plus ou moins importants.

Nous étudierons donc dans 3 chapitres différents :

- 1° Les variétés suivant la nature de la rotation ;
- 2° Les différents types conditionnés par la longueur de l'intestin volvulé ;
- 3° La vascularisation de la portion volvulée.

I. — VARIÉTÉS SUIVANT LA NATURE DE LA ROTATION

Pour Rokitansky et Zœge von Manteuffel il existe deux sortes de torsions :

- 1° Une torsion autour de l'axe de l'intestin, c'est-à-dire une torsion autour de son axe propre ;
- 2° Une torsion autour de l'axe mésentérique.

Pour Faltin, une troisième forme peut être considérée comme étant le premier temps de la torsion :

- 3° La bascule ou dislocation ou transposition du cæcum.

1° *Torsion du cæcum autour de l'axe intestinal.*

L'axe de rotation a une direction verticale, c'est l'axe propre du cæcum. Le cæcum s'enroule sur lui-même.

Ces cas se voient si le cæcum est libre et flottant et si le mésocæcum et le mésocôlon ascendant sont suffisamment lâches.

Le siège de la torsion est situé à l'union de la partie mobile et de la partie fixe, parfois sur le côlon ascendant par absence partielle de fusion du méso ascendant.

Le degré de rotation est variable. Il dépend de l'importance plus ou moins grande de l'absence de coalescence du mésocæcum et du méso ascendant. Il peut aller d'un demi-tour à plusieurs tours de spires.

Le sens de la torsion est variable. On peut observer soit la torsion de droite à gauche ou de dehors en dedans ou *sinistrosum* : le segment cæco colique est enveloppé par le mésentère de dedans en dehors et d'arrière en avant ; soit la torsion de gauche à droite ou *dextrosum* : le grêle s'enroule d'abord sur la face antérieure puis sur la face postérieure du cæcum.

Cette rotation suivant l'axe s'accompagne souvent d'une bascule de l'organe qui se replie sur lui-même et se renverse vers le haut.

2° *Torsion du cæcum autour de l'axe mésentérique.*

Cette torsion du cæcum s'associe toujours à celle d'une portion variable du côlon ascendant et d'une étendue plus ou moins considérable de la fin du grêle.

Il s'agit dans ce cas d'un volvulus de l'angle iléo-colique.

Pour se produire, elle exige un accollement incomplet du mésentère commun primitif (10 % des cas chez l'adulte).

L'axe de rotation est oblique en bas et à droite. L'anse iléo-cæcale mobile se tord au niveau de sa base. En se tordant, l'intestin grêle et le gros intestin se compriment réciproquement et compriment le mésentère intermédiaire ; il y a donc non seulement double siège d'obstruction sur l'intestin, mais encore étranglement du méso entraînant des troubles circulatoires de l'anse tordue.

A la torsion s'adjoint le plus souvent la bascule du cæcum en haut et en dedans. Ce déplacement secondaire a pour Guibé une part considérable dans la production de l'occlusion.

3° Bascule ou dislocation ou transposition du cæcum.

Dans cette forme le cæcum se plie sur lui-même autour d'un axé qui est tantôt sagittal, plus souvent frontal, généralement oblique. Il paraît donc s'agir ici d'une occlusion par simple coudure et non d'un volvulus. Cavaillon, Wilms et Guibé le décrivent comme un volvulus.

Dans la forme la plus simple il s'agit d'une bascule autour d'un axe transversal, le fond du cæcum vient se placer sous le foie, sa face antérieure devenant postérieure. Il y a simple plicature.

D'autres fois, il s'agit d'une bascule suivant un axe

oblique de haut en bas et de droite à gauche. Il y a dans ce cas début de torsion plus ou moins accentuée suivant le degré de la bascule.

La bascule est relativement rare, mais accompagne fréquemment le volvulus. Cette dislocation se fait généralement en haut (41 fois sur 61 cas. Guibé).

II. — LES TYPES CONDITIONNÉS PAR LA LONGUEUR DE L'INTESTIN VOLVULÉ

On peut considérer 4 cas :

1° *La torsion du cæcum seul.*

Se voit dans les cas de cæcum libre sans attache mésentérique ou muni d'un mésocæcum s'arrêtant au niveau de la valvule iléo-cæcale. Cette variété est rare.

2° *La torsion du cæcum est associée à celle du côlon ascendant.*

Dans ce cas, le côlon ascendant est muni d'un méso qui continue celui du cæcum. La torsion s'arrête où finit le méso. Elle peut aller jusqu'à l'angle hépatique.

3° *La torsion du cæcum est associée à la partie terminale du grêle.*

Dans ce cas, le mésentère et le mésocæcum sont continus et flottants.

4° *La torsion du cæcum s'accompagne de la fin du grêle et du côlon ascendant.*

Dans ce cas, le mésentère commun est partiellement libre et flottant.

III. — LA VASCULARISATION DANS LA PORTION VOLVULÉE

Elle est souvent peu modifiée. Dans la plupart des cas relatés par Faltin, Sargent, Lenormant, Cavaillon et Duroux, il n'existe pas de troubles circulatoires importants. La torsion, le plus souvent peu serrée, de l'intestin n'entraîne que des troubles de la circulation veineuse donnant un œdème plus ou moins important de la paroi intestinale.

Cependant, dans certains cas, la torsion peut être assez importante et serrée pour entraîner des troubles de la circulation artérielle, aboutissant rapidement à la gangrène de la paroi.

Telles sont rapidement rappelées les différentes lésions anatomo-pathologiques que l'on peut observer au cours du volvulus du cæcum.

Dans l'observation que nous rapportons, il s'agissait d'une bascule du cæcum autour d'un axe transversal, le fond du cæcum venant se placer sous le foie, sa face postérieure regardant en avant. Les lésions circulatoires étaient au premier plan. Toute la partie antéro-externe du fond cæcal était occupée par une plaque gangréneuse noirâtre de la taille d'une petite paume de main. Cette région correspondant au territoire vasculaire de l'artère cæcale antérieure, il semble que celle-ci ait été très rapidement comprimée par la plicature supprimant brutalement toute vascularisation et entraînant une gangrène précoce du bas-fond cæcal.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie fut longtemps confondue avec les grands syndromes abdominaux d'urgence : appendicite, volvulus du sigmoïde, invagination intestinale. Les travaux de Faltin, Sargent, le Mémoire de Cavaillon et Delvoye (*Revue de Gynécol. et Chirurg. abdom.*, 1906) la précisèrent.

Classiquement on peut diviser son évolution en 3 périodes :

- 1° Une période de début ;
- 2° Une période de rémission ;
- 3° Une période d'occlusion.

En fait, ces 3 périodes sont souvent difficiles à isoler.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT.

Un malade, jusque-là bien portant ou ayant dans ses antécédents un nombre plus ou moins grand de coliques cæcales, présente brusquement une douleur abdominale poignante qui n'a pas cependant la localisation précise de la douleur appendiculaire. Elle survient souvent au cours du travail ou d'un effort musculaire violent ou au cours d'un changement brusque de position.

Le facies s'altère, les traits sont tirés, le nez pincé, des vomissements alimentaires, quelquefois bilieux, gênent la respiration diaphragmatique. Le pouls est petit et accéléré.

Si le malade est vu peu de temps après le début, on est frappé d'emblée par la présence d'une tuméfaction arrondie ou ovalaire, proéminent vers l'ombilic, l'hypocondre gauche, plus rarement sous le foie. Cette tuméfaction apparue rapidement présente tous les caractères de la tumeur cæcale : masse globuleuse, aux parois tendues, résistantes, élastiques, rendant à la percussion un son de tonalité élevée. On peut y provoquer du gargouillement et des bruits hydro-aériques.

Peut-être la tension de la paroi à ce niveau est-elle plus marquée que dans les autres parties de l'abdomen. C'est là un signe souvent difficile à apprécier. Mais un symptôme est net : la présence de contractions péristaltiques vues ou senties par la main qui palpe, se dirigeant en haut et à gauche et s'arrêtant au niveau d'un pôle de la tumeur. C'est là un signe assez caractéristique.

Ce ballonnement localisé donne un aspect variable au ventre, mais il existe toujours un contraste frappant entre la distension sus-ombilicale et l'aplatissement des régions sous-ombilicales.

Ce qu'on observe le plus souvent, c'est un ballonnement sus-ombilical qui projette en dehors les fausses côtes gauches rappelant le tableau d'une distension de l'estomac. Le clapotage aide encore à cette erreur.

D'autres fois, l'ombilic est projeté en avant, les flancs affaissés si le fond cæcal est à l'ombilic.

D'autres fois, enfin, le ballonnement prédomine dans l'hypocondre droit si le cæcum tordu est sous-hépatique.

L'arrêt des matières et des gaz peut être absolu mais fréquemment le bout inférieur évacue son contenu. On a même pu observer chez certains malades une diarrhée abondante suivie d'une constipation opiniâtre. Les besoins d'aller à la selle sont fréquents mais ne s'accompagnent pas de ténésme. Les urines contiennent de l'albumine.

Tous ces signes s'associent à un état général sévère : le facies est anxieux, le pouls petit, hypotendu et rapide, à 110-120. La dyspnée existe sans être considérable.

Ces symptômes peuvent s'aggraver rapidement et le malade, en 24 à 48 heures, se trouve dans un état très grave. Ce n'est pas là la marche ordinaire du volvulus. En règle générale, après ce début brutal, on observe une rémission notable des symptômes.

II. — PÉRIODE DE RÉMISSION.

Vers le deuxième ou troisième jour, les douleurs s'atténuent, prennent un caractère plus sourd, les vomissements cessent, le facies est plus reposé, la défense abdominale semble diminuer. En somme, on note une amélioration générale mais les matières et les gaz sont toujours absents, le météorisme local et les ondulations péristaltiques persistent. Il y a une

dissociation très nette entre les symptômes fonctionnels et l'état des lésions.

Cette fausse rémission fait souvent hésiter le chirurgien et retarder l'intervention.

III. — PHASE D'OCCLUSION.

Mais rapidement les signes d'occlusion se précisent et le passage entre ces deux périodes est souvent brusque. L'état général, jusque-là relativement conservé, s'altère. Les traits se tirent, les yeux s'excavent, les narines se pincent, le teint devient terreux, les lèvres et la langue sèches. Les vomissements réapparaissent, bilieux, verdâtres, mais ne prennent que plus tard le caractère fécaloïde. Le pouls s'accélère, atteint 140 et même plus, devient petit, mou, la dyspnée s'accroît. L'intoxication stercorémique se précise, la température descend à 36°-35°5, les extrémités se refroidissent. C'est en somme le collapsus hypothermique des intoxications intestinales aiguës.

Les signes physiques, du reste, confirment ce tableau d'occlusion. L'abdomen se distend et le ballonnement prend rapidement une tendance extensive, se faisant progressivement de haut en bas, gagnant en dernier lieu la région sous-ombilicale.

La palpation de la fosse iliaque droite faite avant que la distension devienne trop importante, la montre vide et l'on est dans l'impossibilité d'obtenir du clapotage dans cette région. La sonorité abdominale généralisée s'accompagne de submatité dans les flancs.

Peu à peu la tension augmente et permet mal d'apprécier le contenu abdominal. Quelquefois, cependant, une palpation lente, minutieuse, la palpation savonneuse ou sous anesthésie, permet de sentir le fond cæcal au siège primitif du météorisme localisé et parfois même le balloitement cæcal en refoulant le bas-fond cæcal.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement, sauf s'il existe déjà une péritonite : on obtient alors la douleur du Douglas classique. Dans les cas exceptionnels d'un cæcum prolabé dans le petit bassin, le toucher rectal peut être de quelque utilité.

A cette période c'est le tableau d'une occlusion aiguë avec un état général grave ; on ne peut espérer la guérison spontanée, et si on n'intervient pas rapidement le malade meurt soit par syncope, soit dans le collapsus hypothermique avec sueurs froides et refroidissement des extrémités, soit enfin comme un intoxiqué avec altération marquée du facies, dyspnée intense et oligurie.

On peut observer une terminaison fatale différente par péritonite avec douleur subite en coup de poignard, accélération brusque de la respiration, hoquet, vomissements, élévation brutale de la température marquant la perforation et l'installation de la péritonite purulente.

L'évolution dans la forme classique s'étend sur 5 à 8 jours. La réaction péritonéale dure en moyenne deux jours, et est suivie d'une phase de rémission d'un à deux jours, enfin d'une phase d'occlusion et de stercorémie à terminale.

Telle est, d'après Faltin et Sargent, la symptomatologie et l'évolution classique du volvulus du cæcum. En fait, il se présente rarement en clinique avec une individualité aussi marquée. Les formes atypiques sont fréquentes et rendent le diagnostic souvent fort délicat.

On peut isoler 3 grandes *formes cliniques* :

Des formes symptomatiques ;

Des formes rapides ;

Des formes retardées.

1° *Formes symptomatiques,*

Le volvulus du cæcum revêt fréquemment des tableaux d'emprunt et parmi ceux-ci la *forme appendiculaire* semble la plus fréquente.

C'est l'aspect d'une crise appendiculaire aiguë avec douleur violente dans la fosse iliaque droite, maxima au niveau du Mac Burney, vomissements, constipation, contracture pariétale de la fosse iliaque droite, ascension brusque de la température.

C'est le tableau que présentait le malade dont nous rapportons plus haut l'observation.

Des formes péritonéales où la contracture généralisée de tout l'abdomen est au premier plan, rendant l'examen difficile et faisant croire à une perforation d'ulcus.

2° *Des formes rapides.*

La mort survient dès le premier jour. Faltin relate un cas où, au bout de 55 h., le cæcum était perforé

et gangrené, Sargent un cas où la mort survint au bout de 24 heures.

Cette rapidité serait plus spéciale à l'enfance.

3° *Des formes retardées.*

La symptomatologie reste atténuée pendant 7, 8 ou même 10 jours et l'occlusion ne devient menaçante que vers la deuxième semaine.

Entre les deux, il existe tous les intermédiaires.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du volvulus est-il possible avant l'intervention ? Sa symptomatologie souvent peu nette, sa grande rareté font que le diagnostic n'est pas sans présenter de réelles difficultés. Il a pu cependant être posé par des auteurs qui observaient chez les Slaves ou les Scandinaves, peuples prédisposés au volvulus. Haussmann aurait fait 8 fois le diagnostic, Manteuffel 3 fois, Frœlich une fois et Faltin une fois. En France, l'extrême rareté de l'affection fait qu'on ne discute qu'exceptionnellement sa possibilité. Elle posséderait cependant dans sa forme classique assez de personnalité clinique pour aiguiller le diagnostic.

DIAGNOSTIC POSITIF.

Pour Faltin, la présence de signes très nettement constatés sont assez caractéristiques du volvulus cæcal.

1° Antécédents de crises douloureuses plus ou moins prolongées et intenses.

2° Rémission des symptômes au deuxième ou troisième jour avec reprise foudroyante des accidents d'iléus.

3° Signe de von Wahl : ballonnement localisé très

net avec ou sans ondulations péristaltiques au voisinage de l'ombilic.

Lenormant ne croit pas le diagnostic si facile. Pour lui, la triade symptomatique de Faltin est rarement au complet. Le signe de von Wahl serait le plus constant et serait souvent plus net ici que dans toute autre variété d'occlusion intestinale.

Elpasberg a cependant noté son absence dans certains cas.

En pratique, le diagnostic est rarement fait. Le plus souvent, on s'en tient à celui d'occlusion intestinale; assez fréquemment, les statistiques des praticiens da-nois le prouvent, le diagnostic d'appendicite aiguë est celui avec lequel le malade a été adressé au chirurgien. C'était le cas pour notre malade.

Pour Mondor, le diagnostic pourrait être fait si l'on observait la progression suivante :

1° C'est une occlusion intestinale, car il y a arrêt des matières et des gaz.

2° C'est un volvulus comme permet de l'affirmer le ballon douloureux, sonore, clapotant, rénitent et immobile.

3° C'est un volvulus du cæcum. En effet, si c'était un volvulus du côlon pelvien il n'y aurait pas de vomissements, le ballonnement serait beaucoup plus important, l'asymétrie de l'abdomen plus nette. Si c'était un volvulus du grêle (le plus fréquent après celui du côlon pelvien) il y aurait une atteinte plus sévère et plus précoce de l'état général, une déshydratation plus rapide du malade ; la douleur spontanée serait plus profonde, plus prévertébrale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Malgré tout, le diagnostic reste extrêmement délicat en raison de la grande fréquence des formes atypiques se présentant avec une symptomatologie d'emprunt.

Au début :

Le diagnostic est rarement fait. En présence de douleurs et de vomissements associés à une réaction péritonéale plus ou moins marquée, on pose le diagnostic d'appendicite en raison de sa grande fréquence et de la rareté du volvulus cæcal. On ne pense pas le plus souvent à en rechercher les signes différentiels qui, à cette période, restent minimes.

Dans l'appendicite, la douleur serait plus vive, l'hyperesthésie plus marquée, le ballonnement plus régulier, sans asymétrie. Dans la fosse iliaque droite on sentirait une tuméfaction imprécise profonde et douloureuse et non une voussure limitée, hypertympanique et animée de contractions péristaltiques. Enfin la température serait à 38°.

Mais nous avons vu, par l'observation que nous rapportons, que la fièvre ne permet pas d'éliminer la possibilité de volvulus lorsqu'il s'y associe une réaction péritonéale due à une gangrène de l'organe.

Péritonites aiguës.

Les péritonites aiguës, surtout par perforation (appendice, vésicule, estomac, appareil génital), peuvent prêter à erreur. L'interrogatoire minutieux du malade à la recherche d'antécédents coliques, vésicaux,

gastriques ou génitaux, peut être ici d'un gros appoint pour le diagnostic.

Colique vésiculaire.

Par son début subit, son absence de température, sa localisation à droite, elle peut simuler à s'y méprendre une crise de cæcum mobile ou un début de volvulus. Mais s'il existe des crises antérieures avec ictère, décoloration des matières, le diagnostic est facile. Enfin les signes physiques sont différents dans les deux affections.

Les hydrocholécystoses intermittentes, décrites par Jaboulay, Villard et Cotte, par leur marche paroxysmique, peuvent être prises pour des crises de volvulus incomplet, d'autant plus qu'une vésicule distendue ressemble à s'y méprendre à un fond cæcal basculé en haut. L'apparition et la disparition de la tumeur se fait brusquement dans les deux cas. Mais la tumeur vésiculaire est mate à la percussion, en continuité avec le foie et s'abaisse à chaque mouvement respiratoire.

La torsion du kyste de l'ovaire, par son début brutal, sa douleur vive, son ballonnement localisé, peut prêter à confusion, mais le toucher vaginal combiné au palper abdominal viendra vite redresser le diagnostic.

Les crises douloureuses à siège iliaque droit, au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse peuvent égarer un certain temps ; mais la présence de mucosités glaireuses, l'existence de lambeaux muqueux dans les selles, le passé de constipation permettront vite de rattacher ces douleurs à leur véritable cause.

A LA PÉRIODE D'OCCLUSION

Le diagnostic d'occlusion est facile. Le problème consiste alors à en rechercher la cause.

La hernie étranglée.

Elle sera éliminée rapidement par l'examen des orifices herniaires. Mais si le volvulus cæcal est intra-herniaire, le diagnostic est impossible (8 cas de Fal-tin).

D'autre part, le volvulus peut survenir chez un malade porteur de hernie qui, du fait de la tension intra-abdominale, devient irréductible.

Il s'agit d'une occlusion, dont la cause est intra-abdominale. Quel est son siège ? Intestin grêle ou gros intestin ? L'aspect spécial du ballonnement (signe de Laugier) permet le plus souvent de résoudre le problème.

a) Si l'abdomen est uniformément météorisé, élargi dans les flancs par dilatation, c'est que l'obstacle occupe probablement la région de l'anse sigmoïde ou du rectum.

b) Si l'abdomen est globuleux, saillant en avant avec ballonnement d'abord circonscrit au niveau de l'ombilic, c'est que l'obstruction occupe le grêle.

Ce signe n'a malheureusement pas une grosse valeur dans l'occlusion par torsion ; dans le volvulus, en effet, du moins dans les premiers jours, l'anse tordue est toujours plus distendue que le reste de l'intestin et c'est cette dilatation d'abord localisée que traduit le signe de von Wahl.

Le volvulus est localisé sur le gros intestin. Il faut

préciser son siège, et pour cela tenir grand compte du siège initial de la douleur, de la situation du météorisme localisé, de l'importance du lavement : si on peut injecter 2 litres de liquides, l'obstacle siège plus haut que le côlon ascendant (Duroux).

Une obstruction rectale amène une distension du cæcum qui est alors douloureux, rempli de matières et de liquides entraînant un clapotage évident. L'obstruction cancéreuse avec son début insidieux, son évolution différente, son mélæna, est rapidement éliminée et le diagnostic est facilement posé par le toucher rectal et la radio. Il est plus difficile d'être fixé sur l'existence d'obstacles mécaniques : brides, reliquats inflammatoires antérieurs.

L'invagination iléo-colique est rare chez l'adulte. La fosse iliaque droite est déshabitée, il existe une masse sur le trajet colique présentant des crises douloureuses avec péristaltisme. Tout cela rappelle le volvulus mais le début est moins brutal, la tumeur est dure, irrégulière, boudinée, plutôt mate et présente la forme d'un côlon augmenté de volume. Il y a de la diarrhée qui peut être sanguinolente.

Le volvulus de l'S iliaque peut également prêter à erreur, mais là le cæcum est en place et distendu.

Une affection est également de diagnostic difficile : le *mégacôlon* dont l'évolution chronique est souvent coupée de crises d'occlusion aiguë.

Enfin les *tumeurs pelviennes* avec accidents de torsion ou d'inflammation peuvent simuler le volvulus, mais on ne saurait donner de règles fixes de diagnostic pour des cas aussi variables.

A la période d'occlusion confirmée, le problème est plus complexe. Préciser la cause de l'occlusion est le plus souvent impossible, étant donné l'état de l'abdomen qui rend l'examen très difficile. Peu importe d'ailleurs. Il s'agit d'une occlusion intestinale et le début brusque est en faveur de l'opportunité opératoire ; il ne faudra pas s'en laisser imposer par l'accalmie trompeuse, mais tenir grand compte des signes physiques qui persistent et se précisent ; leur constatation nette suffit pour décider l'intervention immédiate.

Tels sont les nombreux problèmes que peut soulever le volvulus du cæcum. Dans l'observation que nous rapportons, la symptomatologie d'emprunt rend le diagnostic particulièrement difficile. Ici c'est le tableau classique d'une perforation appendiculaire avec son début brutal, douloureux, ses vomissements alimentaires, son abdomen plat ne respirant pas, sa contracture pariétale droite maxima au point de Mac Burney, sa température élevée.

Rien ici ne rappelle le volvulus du cæcum. Les antécédents abdominaux si fréquents traduisant les poussées de coliques cæcales n'existent pas : c'est la première fois que le malade souffre du ventre et ses selles ont toujours été régulières. Il n'y a pas de voussure asymétrique de l'abdomen avec ondulations péristaltiques traduisant la lutte de l'intestin contre l'obstacle. Enfin l'évolution rapidement progressive ne rappelle en rien l'évolution entrecoupée d'une rémission du volvulus cæcal.

C'est le tableau d'une réaction péritonéale aiguë qu'il semble logique, étant donné le siège de la douleur et de la contracture, de rapporter à une perforation appendiculaire.

L'erreur diagnostique était fatale, car aucun symptôme ici ne prêtait à discussion : pas de voussure caractéristique, pas de rémission, pas d'antécédents.

Quelles étaient les causes de cette symptomatologie atypique ? Le volvulus cæcal n'était pas seul en cause. Il s'y associait une gangrène importante du bas-fond cæcal, entraînant une péritonite aiguë qui prenait le pas sur le volvulus expliquant à la fois la température à 40° et la contracture qui masquait la voussure.

TRAITEMENT

Il faut intervenir le plus tôt possible pour éviter la stercorémie et prévenir les lésions locales de sphacèle. On réduit ainsi le danger de l'intervention; car de la majorité des cas opérés tard on se verra obligé de pratiquer une opération radicale toujours grave.

La chirurgie dispose de nombreux moyens variant suivant les lésions que l'on trouve à l'intervention.

Laparotomie simple ;

Laparotomie suivie de détorsion ;

L'entérostomie, comprenant :

L'anus grêle ou l'anus cæcal ;

L'entéroanastomose ;

L'exclusion ;

La résection ;

L'extériorisation du volvulus.

1° LA LAPAROTOMIE SIMPLE sans intervention complémentaire ne sera pratiquée que dans les cas de volvulus compliqués de péritonite ou de perforation. Elle s'adresse surtout aux complications et non à la cause elle-même.

Dans les cas non compliqués, elle constitue le premier temps d'une intervention utile. Toutefois, son efficacité n'est peut-être pas illusoire pour de faibles torsions.

2° LA LAPAROTOMIE SUIVIE DE DÉTORSION. — Il vaut mieux faire une large incision médiane sous-ombilicale que latérale droite, servant à la fois pour l'inspection et la détorsion.

Le ventre ouvert, il faut chercher le cæcum, explorer la fosse iliaque droite, et ne pas prendre pour un cæcum dilaté une anse grêle distendue et fixée dans cette région (bandes musculaires). Le diagnostic au cours de l'intervention est souvent délicat. Le cæcum distendu et placé sous les fausses côtes gauches peut simuler à s'y méprendre un estomac dilaté. Il ne faut pas hésiter alors à agrandir l'incision et à pratiquer une éviscération importante en recueillant l'intestin dans des compresses. Le soulever pour former pivot à la détorsion et agir en sens inverse de celle-ci.

Si le cæcum est indemne de plaques diphtéroïdes et d'ulcérations menaçant la vitalité de ses parois, on détord, on remet en place et l'on fixe le cæcum et le côlon ascendant au péritoine pariétal (précaution très utile pour prévenir les récidives). Cette manœuvre permettra souvent d'obtenir la guérison (Lecène, Lenormant, Homans).

Si la résistance à la détorsion est trop grande, trois moyens permettent de la faciliter :

La ponction de l'anse ;

L'incision de l'anse ;

L'introduction d'une sonde recto-colique aussi haut que possible.

1° *La ponction*, préconisée par Kocher, est une manœuvre excellente qui, en permettant l'affaisse-

ment assez rapide de l'anse, rend la détorsion plus facile. Clore l'orifice de ponction par deux points à la soie.

Si le volvulus est plein de matières, les ponctions capillaires ne suffisent pas ; on pourra alors ponctionner l'anse avec un gros trocart.

2° *L'incision franche de l'anse*, proposée par Madelung, a l'avantage de vider très rapidement l'anse cæcal mais l'inconvénient de répandre son contenu sur le champ opératoire. (On peut y parer en saisissant les deux lèvres de l'incision avec les mors de deux pinces et en les portant très en dehors).

3° *La sonde recto-colique* est surtout utile en cas de volvulus cæcal associé à un volvulus du côlon transverse. L'introduction par le rectum d'une longue sonde arrivant à la limite inférieure de la torsion peut suffire dans certains cas, à l'évacuation des gaz en même temps que s'exécuteront des manœuvres de détorsion.

La détorsion réalisée, doit-on établir un drainage ? Question discutée ; un drain s'impose en tous cas si l'on a découvert dans la cavité péritonéale un épanchement trouble et suspect.

ENTÉROSTOMIE.

Elle peut être faite sur le grêle ou sur le cæcum. Quel que soit le siège de l'anus, il s'agit là d'une opération de nécessité qui, à titre d'opération isolée, est pourtant illogique.

Si l'entérostomie n'a aucune valeur à titre d'opération d'emblée, il ne saurait en être de même de l'entérostomie réalisée comme manœuvre complémentaire de la détorsion, lorsqu'on a affaire à un volvulus déjà ancien où les parois intestinales sont nettement altérées. Il est alors préférable de terminer la détorsion par un anus cæcal. Cette opération complémentaire est préconisée par Lenormant.

On décharge ainsi rapidement le volvulus de tout son contenu toxique, ce qui, pour le malade, est un facteur de guérison ; et l'on se met ainsi à l'abri d'une perforation secondaire toujours à craindre sur un intestin distendu à l'excès, thrombosé et enflammé. On fermera cet anus cæcal trois semaines à un mois après.

ENTÉRO-ANASTOMOSE. — EXCLUSION.

L'entéro-anastomose ou l'exclusion pratiquées comme opérations primitives sans détorsion préalable sont à rejeter. Lorsque la détorsion est faite, elle peut être à la rigueur acceptée comme complément lorsque les lésions du cæcum et du côlon ascendant font douter du retour facile de la circulation intestinale. Mais à ce point de vue, elle est bien inférieure à la simple entérostomie qui met l'organe au repos en même temps qu'elle assure de façon parfaite la perméabilité intestinale.

RÉSECTION.

Elle s'impose lorsqu'à l'intervention on trouve un cæcum très altéré en voie de sphacèle ou lorsque l'in-

testin vidé, celui-ci n'est plus qu'une vaste poche flasque.

Cette résection est facilitée par le fait qu'il s'agit d'un organe mobile aux mésentères longs et distendus.

On a recours à la résection de tout le cæcum malade, qui sera faite en un temps dans le cas de gangrène avérée, ou qui pourra être remise à une seconde séance après détorsion si la vitalité de l'intestin n'inspire pas de craintes (15 jours après dans un cas de Lecène).

Après résection, les bouts supérieurs et inférieurs seront suturés par entérorraphie circulaire ou bien après fermeture de ces deux bouts on établira une anastomose iléo-colique transverse ou iléo-sigmoïdienne.

EXTÉRIORISATION DU VOLVULUS.

Elle est indiquée lorsque l'état général du malade ne lui permet pas de supporter une intervention longue et pénible, et que le cæcum présente des lésions importantes de sphacèle. On extériorise la partie atteinte de l'intestin en pratiquant un anus cæcal que l'on suture soigneusement à la paroi.

On évite ainsi la péritonite par perforation et secondairement lorsque l'état général s'est relevé, on pratique une entéro-anastomose iléo-colique.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES.

Pratiquement le traitement curatif se réduit à deux opérations :

La détorsion ;

La résection.

DÉTORSION.

C'est l'opération de choix, celle qui a été faite le plus souvent et avec le plus de succès. Cavaillon et Delvoye donnent comme succès le chiffre de 74 %, Guibé celui de 72 %, Wilms et Duroux celui de 60 %. En France, sur 10 observations où le traitement a été la détorsion, on trouve 6 guérisons. Ce sont les observations de Lecène, Lenormant, Frœlich, Lagoutte, Gayet, Laroyenne et Arnaud. Elles comprennent des opérations de détorsion simple et des opérations de détorsion avec entérostomie secondaire.

RÉSECTION.

Les résections ne donnent pas de résultats aussi favorables. Il est vrai qu'elles sont faites dans le cas où la détorsion est impossible et où la gangrène est déjà réalisée.

Faltin eut 6 morts sur 9 résections Cavaillon et Delvoye 3 morts sur 6 résections, Wilms donne 2 cas de guérison sur 8, Guibé signale 12 cas de résections avec les chiffres de 8 morts et de 4 guérisons.

En 1911, en Allemagne, Riese réunit dans la *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (t. XXXVII, n° 40), en comptant son cas, 9 observations de résections pour torsion cæcale avec 4 guérisons et 5 morts.

Les résultats des résections sont donc inférieurs à ceux des détorsions, mais l'on ne saurait établir entre ces deux types d'opération un parallèle exact, car toutes deux s'adressent à des cas différents comme gravité. La détorsion reste donc l'opération de choix

si toutefois les lésions anatomiques permettent de la réaliser à temps.

Telles sont les différentes méthodes chirurgicales qui s'offrent à l'opérateur.

Dans le cas qui nous occupe, on était en présence d'un volvulus présentant une plaque de gangrène très étendue. Il n'était donc pas question de se contenter d'une simple détorsion. Mais la résection était une opération trop longue et trop shockante pour ce malade âgé, stercorémique et qui présentait en outre une atteinte pulmonaire évidente. Il fallait faire vite, réduire l'intervention au minimum. Le mieux était donc d'extérioriser rapidement le cæcum sphacélé, le suturer avec soin au péritoine pariétal pour arrêter l'évolution de la péritonite.

Le malade supporta très bien cette rapide intervention, ce qui permit, au bout de 48 heures, de débrider au galvano-cautère et de réaliser ainsi une fistule cæcale qui fonctionna comme un anus à dérivation totale.

Lorsqu'au bout de quelques mois, l'état général du malade se fut relevé, on put réintervenir sous simple anesthésie locale pour pratiquer une iléo-transversostomie termino-latérale.

Il semble donc ici que l'intervention en deux temps, moins shockante que l'intervention immédiate, ait été un grand facteur de succès.

CONCLUSIONS

A la fin de cette rapide étude il convient d'extraire les idées principales qui s'en dégagent.

I. — Le volvulus cæcal est une affection rare, surtout en France où, nous l'avons vu, on ne compte guère qu'une quarantaine de cas publiés.

II. — Son étiologie est imprécise. Si parfois l'on peut invoquer quelques causes favorisantes (excès alimentaires, efforts musculaires), bien souvent on ne trouve rien et l'on en est réduit à des hypothèses pour expliquer sa pathogénie.

III. — Sa symptomatologie est souvent fruste ou trompeuse. Les formes typiques en sont l'exception, ce qui en rend le diagnostic difficile. Bien souvent on pose l'indication opératoire sans plus et ce n'est qu'à l'intervention que l'on fait le diagnostic.

IV. — Le traitement chirurgical est le seul qui puisse sauver le malade et il doit être instauré le plus rapidement possible afin d'agir avant l'apparition des lésions de sphacèle et avant que l'intoxication stercorémienne ne soit trop importante. Il ne faut pas

se laisser abuser par une amélioration trompeuse des signes généraux qui retarderait l'intervention, mais tenir le plus grand compte de la persistance ou de l'exagération des signes physiques et en particulier du signe de von Wahl.

En opérant tôt, on peut espérer intervenir avant l'apparition de lésions de la paroi cæcale et réduire ainsi l'opération au minimum. Entre une simple détorsion et une résection cæcale il y a, nous l'avons vu, une différence considérable de gravité.

Enfin, si à l'intervention la présence de lésions cæcales importantes amène le chirurgien à une opération radicale, il nous semble préférable, en nous basant sur l'exemple que nous rapportons de la faire en deux temps. Les risques paraissent moindres. Le premier temps pare au plus pressé en supprimant la lésion et en arrêtant l'intoxication stercorémique. Le deuxième temps pratiqué 15 jours à 3 semaines après, lorsque l'état général du malade s'est rétabli, est moins shockant et a plus de chances de réussir.

Vu :

Vu :

LE DOYEN :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

TIFFENEAU.

Pierre DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- D'ALLAINES, THOMAS et LE PENNETIER. — Déplacements dits : volvulus du cæcum. (*Soc. de gastro-ent. de Paris*, 13 février 1933.)
- ARAYA. — Ptose et torsion du cæcum. (*La Semana Medica*, Buenos-Aires, 10 janvier 1924.)
- BOURGNET (DU). — Coudure du cæcum. (*Soc. Anat. de Paris*, 1^{er} mars 1934.)
- BIOGLIO. — Volvulus du cæcum, ses causes, son traitement. (*Giornale Med. d'Alta Adige*, 6 juin 1933.)
- CAVAILLON et DELVOYE. — Le volvulus du cæcum, étude clinique et thérapeutique. (*Rev. Gyn. et Chim. abdominale*, 1906.)
- DURAND. — Les circonstances cliniques du diagnostic du volvulus cæcal. (*Soc. Gastr. Ent. de Paris*, 10 décembre 1928.)
- GATELIER, MONTIER, PORCHER. — Les volvulus du cæcum. (*Soc. de Gastro-ent.*, 12 nov. 1928, *Arch. des Mal. de l'appareil digestif* (janv. 1931, p. 20).
- HOMANN. — Torsion du cæcum et du côlon ascendant. (*Arch. of Surg.*, 1931, t. III, n° 2.)
- LANDEL. — Contribution à l'étude du volvulus du cæcum. (*Thèse de Paris*, 1930.)
- LECÈNE. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. (*Rev. de Chirurgie*, 1910).
- LENORMANT. — Le volvulus du cæcum. (23^e Congrès de l'Ass. Fr. de Chirurgie, 1910.)
- MÉRIEL. — Volvulus du cæcum. (*Traité de chirurgie*, Le Dentu et Delbet, 1924, p. 178.)

MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen. (Masson, 1939, p. 772.)

PARCALIS. — Contribution à l'étude du cæcum mobile, appendice et volvulus cæcal. (*Presse Méd.*, 1929, n° 97).

PODLAHA. — Volvulus cæcum. (janvier 1925).

QUÉNU. — Volvulus cæcum. (*Bulletin et Mém. Société Chirurgie*, 4 juillet 1906.)

SCHMIDT. — Zur Frage du cæcum mobile. (*Beit. zur Klin. Chirurg.*, 1913.)

VASSELLE. — Quelques cas de cæcum renversé. (*La Picardie Médicale*, juin 1931.)

ZÖGE VON MANTENFFEUL. — Ueber den volvulus der cæcum. (*Rongre der Deut. Gas. f. Ch.*, Berlin, 1898.)

TABLE DES MATIERES

Observation	11
Historique	15
Etiologie	17
Pathogénie	18
Anatomie pathologique	23
Symptomatologie	28
Diagnostic	35
Traitement	43
Conclusions	51
Bibliographie	53

Imprimerie de la Librairie
E. LE FRANÇOIS
PARIS